

## P-127

### 腹腔動脈幹浸潤リンパ節転移を伴う食道癌に対し根治手術を施行した一例

大分赤十字病院 外科

○内村 公美、岩城堅太郎、高橋 純一、藤田 隼輔、吉屋 匠平、伊藤 謙作、川崎 貴秀、吉住 文孝、廣重 彰二、庄司 文裕、岡本 正博、福澤 謙吾、本廣 昭

【はじめに】今回我々は、腹腔動脈幹に浸潤した巨大リンパ節転移を有する胸部下部食道癌に対して、胸腔鏡併用食道切除・腹腔動脈幹合併胃全摘術を施行した1例を経験したので報告する。【症例】69歳、女性。2016年7月、食事のつかえ感を自覚し前医にて上部内視鏡検査を受け、食道癌の診断で2016年8月に当科へ紹介。胸部下部食道に60mm長の3/4周性2型病変を認め、生検にて扁平上皮癌の診断。膈上縁に50mm大の巨大なリンパ節転移を認め、腹腔動脈から左胃動脈・総肝動脈・脾動脈を巻き込み、脾体部・胃・肝尾状葉・下大静脈・横隔膜脚に浸潤していた。根治切除可能と判断し、術前化学療法(DCF)を3コース施行した。3コース終了時のCTにて腫瘍は不明瞭となり、膈上縁のリンパ節は25mmに縮小した。腹腔動脈幹合併切除にて手術可能と考えたが家族の同意が得られず、民間療法(高濃度ビタミンC療法)を試みたいとのことであった。1か月後のCTにてリンパ節は再増大し、切除困難と判断、2016年12月よりHigh dose FP 2コースを併用した計50Gyの放射線治療を施行した。リンパ節はわずかに縮小し他の遠隔転移は認めなかったため、2017年3月、胸腔鏡併用食道切除・腹腔動脈幹合併胃全摘・胸腔鏡下食道空腸overlap再建術を施行した。術後はGrade Bの唾液漏を認めたが、保存的に軽快し、術後67日目に自宅退院した。【まとめ】腹腔動脈に浸潤したリンパ節転移を認め、化学療法・放射線療法の効果が不十分と考えられる食道癌症例では、腹腔動脈幹合併胃全摘術によりリンパ節転移の切除が可能となる場合があり、胸腔鏡併用食道切除にて侵襲を最小限に抑えた根治手術が可能であった。

## P-129

### 当院における腹腔鏡下胆嚢摘出術の開腹手術移行例についての検討

小川赤十字病院 外科

○大木 宇希、吉田 裕、杉谷 一宏

当院において2014年1月から2016年12月までに施行した腹腔鏡下胆嚢摘出術120例のうちの開腹手術へ移行した症例について検討した。全症例の性別は男性61例・女性59例で、平均年齢は62.3歳(24歳～83歳)であった。術前診断は胆石症97例、胆嚢腺筋症9例、胆嚢ポリープ9例、慢性胆嚢炎(無石)3例、腫瘍1例、胆嚢穿孔1例であった。全症例のうち開腹手術へ移行した症例は6例(5%)であった。120例のうち緊急手術は12例で、そのうち開腹手術へ移行した症例は1例(8%)であった。開腹手術へ移行した理由は、動脈性の出血が1例(緊急手術症例)、胆嚢管の同定困難が2例、十二指腸損傷が1例、胆嚢横行結腸ろうが1例、胆嚢管の損傷が1例であった。術後合併症を併発した症例は全症例中10例(8%)であった。そのうち開腹手術へ移行し術後合併症を併発した症例は3例(50%)で、創感染、胆汁漏、肺炎であった。腹腔鏡下胆嚢摘出術が完遂できた症例は、術後合併症が少い傾向が見られたため、術前画像診断での炎症の程度・周囲臓器との関連などから適切な術式を選択することが重要と考えられた。しかし腹腔鏡下手術にこだわらず必要であれば開腹手術へ移行する判断も必要と思われた。

## P-131

### 大腸内視鏡的切除術後の患者の食事療法に関する実態調査

前橋赤十字病院 外来 内視鏡室

○波田野由佳里、清水友希子、にい原康代、今井 洋子、戸塚 広江

【はじめに】大腸内視鏡的粘膜切除術(以下、大腸EMR)は、将来がん化する可能性の高い腺腫を内視鏡的に切除、治療する方法である。大腸EMRは、出血のリスクを伴うため、入院で行う施設も多いが、当院では日帰りで治療している。そのため、患者が安心して生活できるように食事制限などの生活指導の充実をはかっている。しかし、食事制限に対して患者がどのような体験をしているのか明らかにされていない。今回、大腸EMR後の患者が帰宅後に生じる食事制限に対する実態を明らかにしたのでその結果を報告する。【方法】大腸EMR術後で食事制限を経験した患者15名に、インタビューガイドを用いた半構造化面接を行った。インタビュー内容は、「大腸EMR後の食事制限で困ったことや困難に感じたことはあったか」また、「その困難はどのような内容であったか」である。インタビューで得られ結果を逐語録におとし、質的分析を行った。【倫理的配慮】調査施設の倫理委員会にて承認を受け実施した。【結果】対象者の平均年齢は67.6歳で、男性13名、女性2名であり、対象者15名全員が食事制限に対する困難を抱えていることが明らかになった。その困難とは、「出血しないか心配できなかった」「食事制限の為に排便困難が生じた」「制限食のため食事を楽しむことができない」であった。【考察】大腸EMR後の食事制限は、治療前後の約10日間に及ぶ。そのため、食事制限のストレスに加え、出血への不安から食事を楽しむことができない現状にあることが考えられる。看護支援として、食事制限中でも摂取できる具体的なメニューやレシピを考案し、情報提供しないことが重要である。また、大腸EMR後1週間は出血予防のため、便秘を誘発しやすい状態であるため、便秘予防に関する支援も検討が必要である。

## P-128

### ボノプラザン、既存のPPIを用いたH.pylori (HP)除菌療法の比較検討

大津赤十字志賀病院 消化器科

○茂森 昌人、木田 直也、西川 剛史、水原 由香、水本 孝

【はじめに】2015年2月に発売されたボノプラザン(VPZ)はカリウムイオン競合型酸分泌抑制薬(P-CAB)であり既存のPPIと比較してより早く強力に胃酸分泌抑制効果を得られる薬剤である。VPZによるHP除菌率は既報では一次除菌で92.6%、二次除菌で98.0%と既存のPPIより高い除菌率が報告されている。今回われわれは、VPZ併用HP除菌療法の成績と既存のPPI併用HP除菌療法の成績を比較検討し報告する。【目的】HP除菌療法におけるボノプラザンの有用性を明らかにする。【対象と方法】2015年6月1日から2017年1月31日までの間に当院でHP除菌療法を行い除菌判定できた226例を対象とした。男性117例、平均年齢60歳、女109例、平均年齢60歳。対象疾患は萎縮性胃炎192例、胃潰瘍26例、十二指腸潰瘍8例であった。既存のPPI・VPZを用いたHP一次、二次除菌症例で比較検討した。治療前のHP感染診断は血清HPIgG抗体、尿素呼吸試験(UBT)で、HP除菌判定はUBT、便中HP抗原で行った。【結果】VPZ一次除菌成功率は91.3%、既存のPPIによる一次除菌成功率は81.3%、VPZによる二次除菌成功率は94.7%、既存のPPIによる二次除菌成功率は92.8%であった。除菌治療による副作用は、発疹3例、下痢2例、治療中断2例(下痢1例、発疹1例)であった。【考察】クラシロマイシンは胃内のpHの上昇により非解離型の比率が上昇し抗菌作用が強くなることから、効果的なHP除菌には胃内pHの上昇が必要と考えられている。今回VPZが既存のPPIより高いHP除菌率を示したのは、VPZの速やかに高い胃酸分泌抑制効果が一因と考えられた。【結論】VPZはHP除菌において既存のPPIを使用した場合より一次除菌で有意に除菌率が高かった。二次除菌でも除菌率が高い傾向が示唆された。

## P-130

### AIH-PSC overlap 症候群の1 成人例

伊達赤十字病院 消化器科<sup>1)</sup>、伊達赤十字病院 内科<sup>2)</sup>

○小柴 裕<sup>1)</sup>、久居 弘幸<sup>1)</sup>、櫻井 環<sup>1)</sup>、山内 夏未<sup>1)</sup>、  
鮎田 咲貴<sup>1)</sup>、宮崎 悦<sup>2)</sup>

自己免疫性肝炎(AIH)と原発性硬化性胆管炎(PSC)のoverlap症候群の成人発症例は本邦では極めてまれである。今回、AIH-PSC overlap 症候群と診断した1例を経験したので報告する。

症例は70歳、女性。炎症性腸疾患の既往なし。脾体部の分枝型胆管内乳頭粘液性腫瘍で平成23年11月より定期的に経過観察中、平成28年9月に軽度の胆道系酵素の上昇を認めた。肝炎ウイルスマーカーはHBs抗原、HBe抗体、HCV抗体すべて陰性で、抗核抗体1280倍(discrete speckled pattern)であったが、AMAは陰性、γグロブリン血症はなく、IgG、IgG4も正常であった。US、CTでは肝内に特記すべき異常は認めなかった。肝生検を9月中旬に施行し、病理組織所見では、A2、F1相当のインターフェイソおよび実質の炎症に加え、胆管周囲の線維増生、同心円状の線維化(onion skin appearance)を認めた。International Autoimmune Hepatitis GroupのAIHスコアでは14点であった。

肝生検所見よりAIH-PSC overlap 症候群と考えられ、10月上旬にERCPを施行。肝内胆管の狭小化を認め、肝内型PSCとして矛盾しない所見であった(後方視的にMRCPでも肝内胆管の狭小化あり)。UDCA 600mg/日を開始し、胆道系酵素は改善し、現在外来経過観察中である。

## P-132

### 内視鏡センターの現状と今後の課題ー東日本大震災の経験を経た今ー

石巻赤十字病院 内視鏡センター

○児玉 華織、黒澤 明美

東日本大震災を経て、当院内視鏡センターの石巻医療圏における役割は大きく変化した。それまで消化器疾患の高度専門医療を主に担ってきたA病院に代わり、その機能を当院が担うようになり5年以上が経過した。医師の増加や診療科の独立などの診療提供体制の強化に伴い、これを支える医療スタッフの体制も変化した。震災以前の内視鏡室は、外来の検査の一部門の中央処置室として位置づけられ、採血のほか、心臓カテーテル検査・IVR、内視鏡業務を2チームで遂行しており、人員不足や繁忙時は互いのチームのカバーする応援体制をとっていた。消化器内視鏡検査・治療数の変化は、震災以前は6180件だったのに対し、震災後は10370件と約1.7倍と増加した。地域ニーズに対応すべく、もともと有していた3室の内視鏡室を4室とする改修工事を経て、2016年4月から5室の内視鏡室と2室の透視室を有する内視鏡センターが立ち上がった。臨床工学技士との協働も始まっており、看護スタッフは透視を含む内視鏡業務に専念できる体制へと整備されている。震災前には1名だった内視鏡技師資格を有する看護スタッフは、その取得を積極的に行い、現在は8名まで増えている。高度化した検査・治療の増加に対応すべく、また2016年に受審したJCI認証のための整備も追い風となり、鎮静講習会や急変対応の勉強会への参加、マニュアル・記録の整備などを進めている現状である。内視鏡検査・治療の場において、安全の確保と質の高い看護の提供は重要な課題であり、内視鏡業務に従事する看護師は、医療チームの中で重複する業務を果たしながら、検査・治療を受ける患者とその家族に対して、看護ケアを安全に提供することが求められている。患者が安心して安全に看護が受けられるよう、課題と今後の方向性について検討したので報告する。